

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1925

THESE

N° 135

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean BILLARD

Interne des Hôpitaux de Paris

né à Malesherbes (Loiret), le 24 février 1893

Sur les Indications actuelles
et les
Nouvelles Techniques dans l'utilisation
des Boutons anastomotiques

Président : M. LEJARS, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1925

331



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1925

THESE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean BILLARD

Interne des Hôpitaux de Paris

né à Malesherbes (Loiret), le 24 février 1893

**Sur les Indications actuelles
et les
Nouvelles Techniques dans l'utilisation
des Boutons anastomotiques**

Président : M. LEJARS, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1925

LE DOYEN... M. ROGER

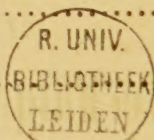
I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie.....
 Anatomie médico-chirurgicale.....
 Physiologie.....
 Physique médicale.....
 Chimie organique et chimie générale.....
 Bactériologie.....
 Parasitologie et histoire naturelle médicale.....
 Pathologie et thérapeutique générales.....
 Pathologie médicale.....
 Pathologie chirurgicale.....
 Anatomie pathologique.....
 Histologie.....
 Pharmacologie et matière médicale.....
 Thérapeutique.....
 Hygiène.....
 Médecine légale.....
 Histoire de la médecine et de la chirurgie.....
 Pathologie expérimentale et comparée.....

NICOLAS.
 CUNÉO.
 CH. RICHET.
 André BROCA.
 DESGREZ.
 BEZANÇON.
 BRUMPT.
 Marcel LABBÉ.
 SICARD.
 LECÈNE.
 LETULLE.
 PRENANT.
 RICHAUD.
 CARNOT.
 Léon BERNARD.
 BALTHAZARD.
 MÉNÉTRIÉR.
 ROGER.
 GILBERT.
 CHAUFFARD.
 ACHARD.
 WIDAL.
 MARFAN.
 NOBÉCOURT.
 H. CLAUDE.
 JEANSELME.
 GUILLAIN.
 TEISSIER.
 DELBET.
 HARTMANN.
 LEJARS.
 GOSSET.
 De LAPERSONNE.
 LEGUEU.
 COUVELAIRE.
 BRINDEAU.
 JEANNIN.
 J.-L. FAURE.
 BROCA Auguste.
 VAQUEZ.
 SEBILEAU.
 DUVAL.
 SERGENT.

Clinique médicale.....
 Hygiène et clinique de la première enfance.....
 Clinique des maladies des enfants.....
 Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....
 Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....
 Clinique des maladies du système nerveux.....
 Clinique des maladies infectieuses.....
 Clinique chirurgicale.....
 Clinique ophtalmologique.....
 Clinique urologique.....
 Clinique d'accouchements.....
 Clinique gynécologique.....
 Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....
 Clinique thérapeutique médicale.....
 Clinique oto-rhino-laryngologique.....
 Clinique thérapeutique chirurgicale.....
 Clinique propédeutique.....



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

BRAMI.....	Pathologie médicale
GLAVE.....	Pathologie chirurgicale.
UBERTIN....	Pathologie médicale.
ASSET.....	Pathologie chirurgicale.
AUDOUIN....	Pathologie médicale.
INET.....	Physiologie.
LANCHETIERE	Chimie biologique.
RANCA.....	Histologie.
RULÉ.....	Pathologie médicale.
USQUET.....	Pharmacologie et matière médicale.
ADENAT.....	Pathologie chirurgicale.
HAMPI.....	Histologie.
HIRAY.....	Pathologie médicale.
LERC.....	Pathologie médicale.
EBRÉ.....	Hygiène.
de JONG....	Anatomie pathologique.
UVOIR.....	Médecine légale.
CALLE.....	Obstétrique.
IESSINGER...	Pathologie médicale.
COIX.....	Pathologie médicale.
ARNIER.....	Pathologie expérimentale.
ARVIER.....	Pathologie médicale.
LEITZ-BOYER..	Urologie.
NOVELACQUE..	Anatomie.
ROYEUX.....	Parasitologie.

MM.

LABBÉ (Henri).	Chimie biologique.
LARDENNOIS..	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER....	Obstétrique.
LEMAITRE....	Oto-rhino-laryngologie.
LEMIERRE....	Pathologie médicale.
LEVY-SOLAL...	Obstétrique.
LHERMITTE...	Pathologie mentale.
LIAN.....	Pathologie médicale.
MATHIEU.....	Pathologie chirurgicale.
METZGER.....	Obstétrique.
MOCQUOT.....	Pathologie chirurgicale.
MONDOR.....	Pathologie chirurgicale.
MOURE.....	Pathologie chirurgicale.
MULON.....	Histologie.
PHILIBERT....	Bactériologie.
RIBIERRE....	Pathologie médicale.
RICHET Fils...	Physiologie.
ROUVIERE....	Anatomie.
STROHL.....	Physique médicale.
TANON.....	Pathologie médicale.
TIFFENEAU...	Pharmacologie et matière médicale.
VAUDESCAL...	Obstétrique.
VERNE.....	Histologie.
VILLARET....	Pathologie médicale.
WELTER.....	Ophthalmologie.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

AMUS.....	Physiologie.
FOUGEROT....	Pathologie médicale.
GUENIOT.....	Obstétrique.

MM.

RETTERER....	Histologie.
BOUSSY.....	Anatomie pathologique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.

AUVRAY..... Clinique chirurgicale.
CHEVASSU Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE Clinique médicale.
LEREBOULLET. Clinique médicale infan-
tile.
LÉRI Clinique médicale.
LÉPER Clinique médicale.

MM.

OMBRÉDANNE. Clinique chirurgicale i
fantile.
PROUST Clinique chirurgicale.
RATHERY..... Clinique médicale.
SCHWARTZ ... Clinique chirurgicale.
TERRIEN..... Cliniqu. ophtalmologique

V. — CHARGÉS DE COURS

MM MAUCLAIRE, agrégé.....	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique ob
		l'adulte pour les accidentés du travail, l
FREY.....		mutilés de guerre et les infirmes adultes.
N.		Stomatologie.
LEDOUX-LEBARD.....		Éducation physique.
		Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni im-
bation.

A MON FRÈRE
ANDRÉ BILLARD
Mort pour la France en Argonne
Le 29 août 1915
In Memoriam

A MA MÈRE
Avec toute ma reconnaissance affectueuse

A la mémoire de mon grand-père le Docteur PENOT
Et à mon père le Docteur BILLARD
qui m'ont donné, avec le goût des études médicales,
l'exemple du dévouement et de la conscience profes-
sionnelle.

A MA FIANCÉE
Témoignage de ma grande affection

A TOUS MES COLLÈGUES ET AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
M. LE DOCTEUR F. LEJARS
Professeur de clinique chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Antoine.

*Avec notre reconnaissance, pour le très
grand honneur qu'il nous a fait, d'accep-
ter la présidence de cette thèse.*

A M. LE DOCTEUR L. OMBREDANNE
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien de l'Hôpital des Enfants Malades

*qui fut notre premier maître, et le guide
de toutes nos études médicales, en témoi-
gnage de notre admiration et de notre
respectueuse gratitude.*

A M. LE DOCTEUR H. LARDENNOIS
Professeur de clinique chirurgicale
Chirurgien des Hôpitaux de Reims

*A qui nous devons le sujet de cette thèse,
et qui nous en a grandement facilité l'exé-
cution. Nous lui exprimons, avec nos sen-
timents de sincère reconnaissance, la joie
que nous avons d'entrer dans sa famille.*

**A NOS MAITRES
DANS LES HOPITAUX DE PARIS**

- 1912-1913. M. LE DOCTEUR OMBREDANNE,
Chirurgien des Enfants-Malades.
- 1913-1914. M. LE PROFESSEUR PIERRE DELBET,
Chirurgien de l'Hôpital Cochin.
- 1919-1920. M. LE PROFESSEUR LÉON BERNARD,
Médecin de l'Hôpital Laënnec.
-

EXTERNAT

- 1920-1921. M. LE DOCTEUR RAVAUT,
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis.
- 1921-1922. M. LE PROFESSEUR E. SERGENT,
Médecin de l'Hôpital de la Charité.
-

INTERNAT

- 1922-1923. M. LE DOCTEUR BOUFFE DE ST-BLAISE
Médecin accoucheur honoraire
des Hôpitaux de Paris.
- 1923-1924. M. LE DOCTEUR DUJARIER,
Chirurgien de l'Hôpital Boucicaut.
- 1924-1925. M. LE DOCTEUR BAUMGARTNER,
Chirurgien de l'Hôpital de la Charité.

AVANT-PROPOS

Douze années se sont écoulées depuis le jour où nous assistions, pour la première fois, à la visite des malades dans un hôpital parisien. C'était à Bretonneau, dans le service du docteur Ombrédanne. Nous conservons toujours la mémoire de cette première visite, où nous avons senti l'intimité qui unit, dans les hôpitaux de Paris, les maîtres et les élèves ; et que nous avons tant apprécié tous les jours, pendant notre internat.

Nous remercions encore notre maître, de l'affectionnée sympathie qu'il n'a cessé de nous témoigner au cours de toutes nos études, et nous lui exprimons les regrets de n'avoir pu être son interne.

Puis, nous abandonnions ces études à peine commencées pour la zone des armées, où nous devions rester pendant quatre ans.

Les amitiés solides que nous avons contracté au

front, nous ont aidé à passer les plus durs moments et resteront toujours dans notre souvenir.

Pendant quelques mois, nous avons eu, à l'ambulance n° 6 du V^e corps, en même temps qu'un médecin chef bienveillant, le Docteur TERRASSE, un maître dont l'exemple nous fut précieux le Docteur LEURET, chirurgien de l'Hôpital Saint-Joseph, que nous remercions ici.

Nous n'oublions pas non plus, nos camarades trop nombreux morts pour la France, et nous rendons hommage à leur mémoire.

La reprise des études interrompues, nous sembla douce après la dure école de la guerre. Là encore, pendant la préparation des concours, nous avons contracté des amitiés, scellées par le travail et par la vie commune en salle de garde. Ces amitiés survivront à nos années d'école, et c'est avec émotion que nous évoquerons plus tard le souvenir de nos collègues de l'Internat. Et le souvenir des maîtres qui nous ont formé dans les Hôpitaux de Paris, et à qui nous devons tant.

Aux professeurs Léon BERNARD et SERGENT, au Docteur RAVAUT, en médecine.

Au Docteur BOUFFE DE SAINT-BLAISE, à qui nous devons notre éducation obstétricale.

Au Docteur DUJARIER, que nous remercions de l'intérêt qu'il nous a témoigné, et à qui nous devons en dehors de notre instruction chirurgicale, une très grosse dette de reconnaissance,

Au Docteur BAUMGARTNER, près duquel nous avons terminé notre internat, et que nous remercions de son instruction chirurgicale et de la large initiative qu'il nous a laissé dans son service.

Nous remercions bien vivement le Docteur POULIQUEN, de Brest, pour les intéressantes observations qu'il a bien voulu mettre si aimablement à notre disposition.

Nous remercions également tous ceux qui furent nos maîtres dans les Hôpitaux.

Les Docteurs ROUHIER et GOUVERNEUR, chirurgiens des Hôpitaux de Paris.

Le Docteur HUBER, médecin des Hôpitaux de Paris.

Le Docteur VAUDESCAL, agrégé à la Faculté.

Les Docteurs BIGART, JOLIVET, PRUSVOT et tout particulièrement ceux qui nous préparèrent à l'Internat, les Docteurs CHARRIER et ROLLAND.

Enfin, nos plus chères pensées vont à notre père et à notre mère à qui nous devons tout.

A notre fiancée et à notre nouvelle famille dans laquelle nous entrons.

De part et d'autre, nous avons l'exemple d'une vie de travail, de probité et de dévouement que nous nous efforcerons de suivre. Ce sera pour eux le témoignage de notre reconnaissance,

Sur les Indications actuelles et les nouvelles techniques dans l'utilisation des boutons anastomotiques

En pathologie gastro-intestinale, les indications opératoires sont devenues de plus en plus étendues. On intervient couramment, actuellement, chez des cancéreux, des sujets fragiles, anémiés ou infectés chez lesquels il importe avant tout d'éviter le moindre choc ; c'est-à-dire de gagner du temps et d'aller vite.

La suture reste évidemment la méthode primitive la plus logique, celle qui satisfait le plus l'esprit par sa simplicité.

A Paris, la plupart des chirurgiens la préfère de parti-pris, à l'emploi des boutons anastomotiques, autant par tradition que par l'élégance plus chirurgicale du procédé. Et aussi pour les déconvenues imputables à la technique de la pose des boutons dont l'application est délicate quand on s'en sert rarement.

Cependant les boutons conservent encore leur utilité et leur indication dans bien des cas. Et sans vouloir faire le procès des sutures, on peut dans une certaine mesure réhabiliter les boutons, et remédier aux inconvénients qu'on leur reproche, par une technique différente de celle qu'on emploie habituellement.

INDICATIONS ACTUELLES DE L'EMPLOI DES BOUTONS

Depuis 1892 (date de l'apparition du Bouton de Murphy), le bouton a eu ses défenseurs et ses détracteurs acharnés.

Si Murphy l'employait indifféremment pour toutes ses anastomoses, bout à bout, latérales, gastro-entérostomie et même cholecystentérostomie, il est évident que ses indications se sont réduites.

Le nombre considérable de boutons imaginés et construits par divers auteurs est une preuve que la méthode est loin d'être parfaite.

Le gros avantage est la rapidité de l'application, ce qui est un facteur de succès incontestable chez les malades fatigués et shockés.

En même temps, moins de manipulations de l'intestin, risques moindres de danger d'infection et de paralysies post-opératoires chez ces malades, d'autant que la lumière de l'anastomose restant béante, permet l'établissement immédiat du transit intestinal.

De ce premier ordre de fait, il résulte que les boutons conservent leur indication chez tous les malades très shockés, les cancéreux amaigris, en état de

dénutrition, ne leur permettant de supporter qu'une intervention minime.

Cette indication s'étend à tous les opérés dont l'intervention est longue et pénible.

Après pylorectomie ou gastrectomie difficiles pour cancer par exemple, quand on veut terminer rapidement par une jeuno jejunostomie complémentaire destinée à éviter le « *circulus vitiosus* ».

— Après enfouissement d'une perforation gastrique juxta pylorique qui aura rétréci l'orifice, pour faire une gastro enterostomie complémentaire chez un malade *shocké*.

— En dehors de l'estomac, pour rétablir la continuité du tube intestinal, après toute intervention longue.

Anastomose latéro-latérale après extirpation de cancer ; après exclusion d'une anse dans l'opération de Baldwin-Mori, pour créer un vagin artificiel, etc., etc....

Pour les mêmes raisons, le bouton trouve son application dans la chirurgie d'urgence. Les Lyonnais, en particulier, l'ont employé couramment pendant la guerre (1).

Les Indications de l'emploi du Bouton ont été précisés dans le Journal de chirurgie (Mai 1924) dans un article sur la gastro-enteroanastomose au bouton de Jaboulay (à propos de 650 cas), par Mes-

(1) Le bouton anastomotique de Jaboulay en chirurgie de guerre. Patel (*Presse Médicale*, mai 1917.)

sieurs Delore, Louis Michon et E. Polossou, de Lyon. Pour ces auteurs il existe des indications absolues d'utiliser les boutons.

1) *Dans les sténoses anciennes du pylore*, caractérisées par un état de dénutrition marquée, une deshydratation prononcée avec oligurie aboutissant à une cachexie extrême. Ces malades qui sont presque des moribonds, sont à l'extrême limite de l'opérabilité ; seule la gastro-entero-anastomose au bouton peut les sauver.

2) *L'occlusion aiguë du pylore chez des malades gastriques*, incomplètement retentionnistes, chez lesquels survient brutalement un syndrome d'intolérance gastrique absolue, vraisemblablement, du fait d'un spasme pylorique s'ajoutant à l'évolution de la lésion primitive. Ces malades « dans un véritable état de mal gastrique » rejettent toute alimentation même liquide, et la gastro-entero-anastomose au bouton est tout à fait indiquée pour faire cesser leur état.

3) *Dans les hémorragies gastriques par rétention*, survenant sur des estomacs distendus, à muqueuse congestive, provoquant des suintements sanguins répétés, entraînant un état d'anémie grave.

Dans ces cas, la gastro agit comme la sonde à demeure dans les hémorragies vésicales, en mettant, par vidange, l'estomac au repos, évitant les lavages d'estomac répétés.

4) *Comme temps complémentaire d'un acte opératoire diminuant le calibre du canal pyloro-duodénal.*

Enfouissement d'un ulcère juxta-pylorique, cas le plus fréquent.

A côté de ces indications, que ces auteurs considèrent comme absolues, il existe des indications relatives, moins évidentes à première vue.

1) Après une intervention gastrique, modifiant plus ou moins la forme et les dimensions de l'estomac (excision, Balfour), mais ne modifiant pas la perméabilité du canal pylorique. La pose d'un bouton comme temps complémentaire n'allonge pas la durée de l'intervention et évite les phénomènes de spasmes en facilitant la meilleure évacuation de l'estomac.

2) Dans les opérations en deux temps, ces auteurs préfèrent le bouton à la suture, car ce mode d'anastomose utilise beaucoup moins de tissus et permet une exérese ultérieure plus large.

Enfin, il faut ajouter que l'anastomose au bouton doit toujours être postérieure transmésocolique. Dans les cas où les circonstances exigent une gastro-entéro-anastomose antérieure, il faudra la faire par suture, même dans les cas d'urgence, car le fonctionnement de la bouche, dans les cas où le bouton a été employé, a été très défectueux.

— Dans un autre ordre de faits, le bouton est indiqué dans tous les cas où la suture est impossible

par difficulté d'extérioriser suffisamment l'intestin.

L'anastomose par suture, se pratique d'une façon générale, hors du ventre. Les deux anses intestinales dont on veut pratiquer l'accollement sont extériorisées en dehors de la plaie, reposant sur des champs opératoires aseptiques, prévenant l'issue du liquide septique qui pourrait s'écouler dans la cavité péritonéale.

Le chirurgien a besoin d'une certaine latitude pour pratiquer ses surjets d'adossement et d'union, et pour inciser en sûreté son intestin. La coprostase doit être facile et si par hasard, l'ouverture de l'intestin laisse sourdre quelques gouttes de matières septiques, la souillure reste localisée et les risques d'infection sont minimes.

Dans certains cas, l'extériorisation suffisante de l'anse est impossible. Soit qu'il s'agisse d'un néoplasme étendu, avec adhérences. Soit qu'il s'agisse d'une intervention sur le petit bassin, entéro-rectotomie par exemple. (Lardennois, Congrès Français de chirurgie 1909).

Dans ces cas, qu'il s'agisse d'une intervention radicale ou palliative, d'une réunion des deux bouts de l'intestin après exérèse, d'une simple anastomose, ou d'une exclusion de l'anse sigmoïde, on est très gêné pour aborder cette portion terminale de l'intestin.

Le procédé classique des sutures devient impossible. Même en position inclinée, il faut manœuvrer la pince et l'aiguille à bout de doigts, dans un

espace resserré au fond du petit bassin dans la concavité sacrée.

L'étroitesse du champ opératoire encore rétréci par l'avancé de l'angle sacro vertébral, la difficulté de la coprostase et de la protection de la cavité péritonéale rend l'intervention trop grave et « s'il fallait proscrire le bouton pour toutes les autres anastomoses, on devrait le conserver pour l'entéro-rec-tostomie, non seulement parce que son emploi est la seule méthode possible, mais parce que c'est là, à la terminaison du tube digestif qu'il présente le moins de danger ». (Lardennois, extrait du Congrès Français de chirurgie 1913).

En effet, à ce niveau, la torsion du bouton dans l'anastomose est improbable puisque le rectum est fixe. La retention du bouton à quelque distance de l'anus n'est guère possible et l'obstruction de l'anastomose peut être efficacement combattu par des lavements d'eau savonneuse.

INCONVENIENTS DES BOUTONS

En face des avantages que présentent les boutons dans tous ces cas particuliers, les inconvénients d'ordre général subsistent.

Le fait d'introduire dans l'intestin un corps étranger peut amener des accidents ultérieurs. Obstruction secondaire, pouvant entraîner des crises d'occlusion, des perforations avec péritonite tardive, etc...

En réalité, ces accidents sont très rares, et sont dûs le plus souvent, à l'emploi de boutons de trop gros modèle.

(Les boutons anastomotiques que l'on a construit en substance résorbable, os décalcifié de Boari, par exemple, ne sont plus employés actuellement, et l'on n'observe exceptionnellement des accidents mécaniques avec les boutons de 23 m/m.).

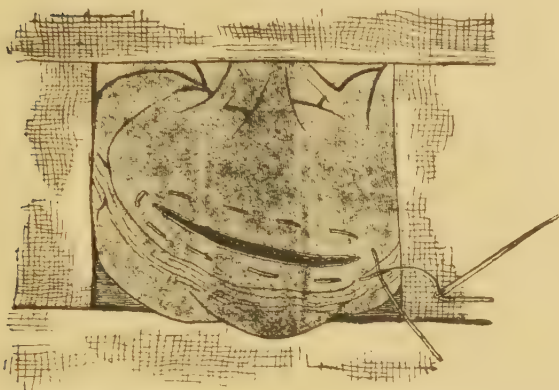
Il faut surtout éviter d'employer le bouton dans les exclusions d'une partie du grêle. C'est surtout dans ces cas, que le bouton pouvant tomber dans la partie exclue de l'intestin peut déterminer des ulcérations, des hémorragies et des perforations.

On a également incriminé les boutons d'être la cause de rétrécissements cicatriciels ultérieurs. Or, les boutons établissent un large contact séreux, sans laisser d'espace entre la suture muqueuse et la suture séreuse.

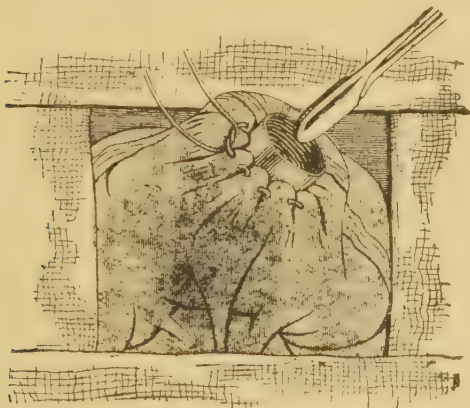
Les recherches histologiques montrent qu'il y a opposition régulière des couches de la paroi intestinale, ce qui diminue beaucoup les chances de rétractions cicatricielles.

Les rétrécissements cicatriciels ayant été rencontrés également dans les anastomoses par sutures, l'argument n'a pas grande valeur.

ANASTOMOSE LATÉRALE PAR LE BOUTON DE MURPHY



Surjet séro-musculaire elliptique pratiqué sur le bord libre de l'intestin. Incision selon le grand diamètre de l'ellipse. (*Lardennois.*)



L'une des pièces du bouton a été introduite de champ à l'aide d'une pince à forcipressure. On l'a fixée en serrant et en liant le surjet séro-musculaire. (*Lardennois.*)

(D'après Monod et Vanverts, *Traité de technique opératoire.*)

— Les reproches que l'on peut faire au bouton, tiennent surtout aux inconvénients que l'on rencontre pendant leur application.

Technique habituelle.

— On exécute d'abord sur le bord convexe de l'intestin, un « faufilé » en forme d'ellipse un peu allongée, et dont le diamètre doit correspondre au diamètre du chapeau du bouton. Ce surjet doit traverser toute l'épaisseur de la paroi, les deux chefs du fil sont croisés sans être noués, car ils vont servir à resserrer l'orifice comme les cordons d'une bourse.

— Suivant le grand diamètre de cette ellipse, on incise alors la séreuse, la musculuse, puis la muqueuse qui s'éverse plissée, et que l'on saisit avec de petites pinces à intestin.

L'incision doit être aussi petite que possible, et le bouton doit entrer à frottement. En tenant l'anse très haut, entre les compresses, la coprostase est le plus souvent inutile, et l'aide essuie simplement avec un petit tampon monté.

Le 1/2 bouton est fixé par l'extrémité de son cylindre au bout d'une pince. On fait bâiller la plaie intestinale en saisissant la muqueuse avec des pin-

ces à griffes, et l'on enfonce de champ le chapeau.

L'aide le maintient horizontalement pendant que l'opérateur serre et noue le cordon de bourse autour du cylindre.

— On répète la même opération pour l'autre demi-bouton.

Puis on saisit les deux demi-boutons que l'on rapproche, et l'on emboîte à fond la pièce mâle dans la pièce femelle, en ayant bien soin de maintenir les deux pièces parallèles. Avec cette technique, l'incision par où l'on fait passer le chapeau du bouton est toujours trop grande pour le cylindre. Surtout si les parois intestinales sont épaisses. La muqueuse fait hernie en s'éversant, ce qui oblige à l'exciser, ou à faire un surjet séro-séreux au niveau du pli circulaire d'adossement des deux parois, ce qui fait perdre alors le bénéfice de la rapidité.

Il faut également surveiller la suture en bourse. éviter que celle-ci soit trop près ou trop loin, la serrer suffisamment pour éviter que le bouton ne se dégage.

La technique de Murphy expose donc à ces inconvénients :

— Obligation de faire un orifice trop grand pour le cylindre, d'où hernie de la muqueuse, d'où nécessité d'un nouveau surjet séro-séreux pour l'enfourir.

C'est pour éviter ces complications de la technique que Jaboulay a imaginé son bouton, dont les deux pièces peuvent entrer par d'étroits orifices

dans les portions à anastomoser, à la façon des anciens boutons de manchettes, par un simple mouvement de torsion, et qui peuvent tenir d'elles-mêmes sans la fermeture intestinale en bourse. C'était déjà un très gros perfectionnement sur la technique employée par Murphy. Mais le bouton de Jaboulay est rendu fragile par la lame mince qui passe comme un pont sur l'échanerure du rebord par où se fait l'introduction de la paroi intestinale. Cette lame surajoutée est destinée à réaliser le contact des tuniques intestinales en tous les points. (Jaboulay, Lyon Médical, 1900). Elle est soudée à l'étain, ce qui rend sa stérilisation difficile.

Il est vrai que ce dernier inconvénient s'applique également au bouton de Murphy, dont Villard a supprimé la bague et le ressort. (Villard : De l'emploi du Bouton de Murphy modifié, dans les interventions sur le tube digestif.)

Toutes ces difficultés avaient déjà incité différents auteurs à étudier et à décrire des procédés spéciaux pour l'application du Bouton de Murphy.

Jonnesco de Bucarest en 1896 et Derocque de Rouen dans sa thèse en 1897 a proposé une technique spéciale.

« La Boutonnière intestinale par laquelle, en suivant la technique de Murphy, on engage la pièce

mâle ou femelle du bouton, est, dit Jonnesco, nécessairement trop large pour le pédicule. C'est pourquoi il faut coulisser l'intestin sur celui-ci. Or, ce coulissage fronce l'intestin et rend la coaptation parfois imparfaite. En outre l'exécution de l'ourlet destiné au coulissage oblige à la saisie de la tranche intestinale avec des pinces, qui la contusionnent et en prépare le sphacèle ».

De même, Derocque (Rouen), s'appuyant sur les mêmes arguments, a décrit dans sa thèse une technique originale d'entéro-anastomose à l'aide d'un bouton enterotome dont il est l'auteur.

Ce bouton est analogue à celui de Murphy avec une pièce mâle et une pièce femelle.

La partie mâle est un emporte-pièce, composé d'une tête et d'un cylindre dont l'extrémité libre est taillé en biseau aux dépens de la face externe et présente une série de dents.

La tête du bouton est convexe, et porte trois encoches, où s'engagent trois griffes d'une pince spéciale sur laquelle le bouton doit être monté. Cette partie mâle est munie d'une rondelle de caoutchouc pour obtenir une pression plus douce sur l'intestin.

La pièce femelle présente également une tête convexe portant trois encoches analogues à la pièce mâle. Ce bouton est monté sur une pince à anneaux à pression parallèle, à l'aide de deux guides fixés à l'un des mors et traversant le mors opposé.

A chaque extrémité des mors, deux crampons

fixes s'engagent dans deux encoches du bouton. Un troisième crampon, mobile, répond à la troisième encoche.

Ce crampon mobile peut être poussé ou tiré à l'aide d'une vis au niveau de l'articulation de la pince : de sorte que le bouton peut se dégager de la pince dès que la vis est tournée.

Après résection intestinale, les lèvres de la portion intestinale sont prises par quatre pinces à griffes, pour obtenir une ouverture béante. Un mors de la pince porte-bouton, munie de son demi-bouton est placé dans chaque bout. Puis la pince est serrée à fond.

On dégage alors le crampon mobile, qui libère la pince de sa fixation au bouton, et la pince est dégagée de l'intestin. Reste à fermer les deux bouts de l'intestin par le procédé habituel en plusieurs plans.

Ce procédé évitait une partie des inconvénients que nous signalions mais ne permettait d'obtenir que des anastomoses latérales.

D'autre part, la pince d'une construction difficile était une complication qui rendait son emploi très peu pratique.

Enfin, l'intestin risquait d'être refoulé sur le cylindre de la pièce mâle, et non coupé à l'emporte-pièce, malgré son bord taillé en biseau et malgré la précaution que recommandait l'auteur, de stériliser la pièce femelle dans un tube de beurre de cacao.

Nouvelle technique.

Une technique qui nous paraît beaucoup plus simple, et qui présente les mêmes avantages, sans en avoir les inconvénients, est celle qui a été décrite pour l'entéro-rectostomie par Lardunois en 1909, et qui est applicable à tous les cas où l'on peut se servir des boutons.

Elle consiste à enchâsser les pièces du bouton dans l'intestin, non pas de dehors en dedans, mais de dedans en dehors.

1) L'introduction des pièces du bouton dans le tube digestif se fait de façons différentes suivant l'endroit.

2) Une fois les pièces du bouton introduites dans le tube digestif, il est facile de les faire saillir puis sur le relief ainsi déterminé par la pression du cylindre sur l'intestin, il devient facile d'inciser la séreuse, la musculuse, puis la muqueuse. L'incision peut être aussi petite que possible, de façon à permettre à la cheminée du bouton d'entrer à frottement.

(Il faut noter l'avantage que l'on a, à faire stériliser le bouton dans une capsule de beurre de cacao. La lumière du cylindre est oblitérée, le péritoine ne risque pas d'être souillé pendant l'intervention. Le beurre de cacao fond à 29°, il est donc rapidement

liquéfié et permet la circulation des gaz immédiatement.)

On peut également faire l'ouverture de l'intestin au thermocautère, en prenant les précautions habituelles pour éviter les escharres dues à la chaleur rayonnante et pour ne pas léser la paroi intestinale du côté opposé.

3) On procède de la même manière pour les deux pièces, mâle et femelle du bouton, qu'il ne reste plus qu'à articuler, par une pression régulière et parallèle à l'axe des deux cylindres. On évitera de traumatiser l'intestin en faisant cette pression par l'intermédiaire d'une compresse.

Il est inutile d'ajouter autour de cette anastomose, un surjet sero-séreux. Non seulement on est sûr que les séreuses sont bien affrontées, mais on n'a pas à redouter de hernie de la miqueuse, puisque celle-ci a été incisée, tendue sur le cylindre du bouton, et que l'on a pu ainsi faire la brèche minima pour le passage du cylindre.

APPLICATION DE CETTE METHODE AUX DIFFERENTS CAS

Cette méthode est applicable à toutes indications d'emploi du bouton. Seule la façon d'introduire les

pièces du bouton dans le tube digestif variera avec les circonstances.

Entéro-rectostomie.

Nous avons déjà mentionné les avantages de l'anastomose du bouton dans ces cas, où les sutures sont pratiquement impossibles à effectuer dans le fond du petit bassin.

Par le procédé décrit par Lardennois et avec la pince porte-bouton imaginée par lui, il est facile d'introduire, dans le rectum, la pièce mâle montée sur la pince.

Cette pince porte-bouton (Lardennois 1905) est courbe et assez longue, de façon à pouvoir bien appliquer le bouton sur la face antérieure du rectum. L'articulation des branches est une articulation excentrée comme celle des dilateurs utérins. Ainsi, en rapprochant les anneaux, on écarte les mors.



Les extrémités de ces mors pénètrent dans le cylindre mâle. Il faut les placer sur les côtés des

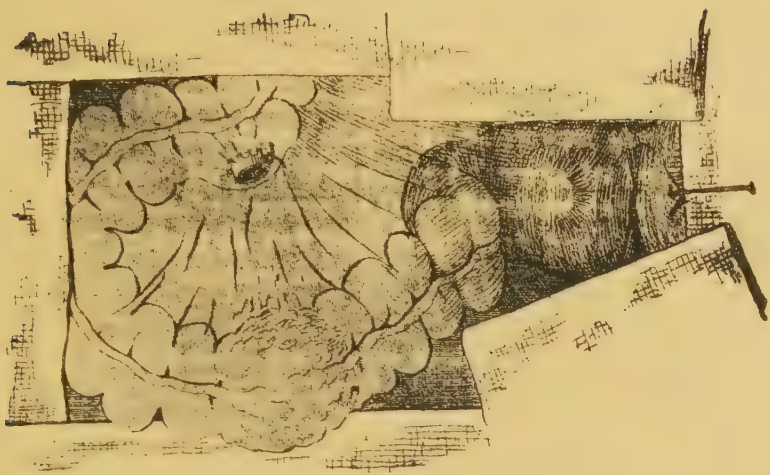
deux petits crochets à ressort, qui doivent s'enfoncer dans le pas de vis de la pièce femelle, sans quoi l'articulation des deux pièces pourrait être gênée.

Un petit arrêt en saillie a été ménagé pour supporter le bouton, et l'empêcher de s'enfoncer plus avant.

SIGMOIDO-RECTOSTOMIE (LARDENNOIS)



Le malade est en position inclinée. La vessie est rétractée en avant. Le bouton femelle est enchassé dans l'intestin au-dessus de la tumeur : le bouton mâle introduit par l'anus sur la pièce porte-bouton tend et soulève la paroi antérieure de l'ampoule rectale. Il ne reste plus qu'à coiffer cette saillie avec le bouton femelle et à articuler les deux pièces par une pression méthodique.



Opération terminée. L'anastomose a été effectuée à la partie moyenne du rectum, on aperçoit la saillie que dessine le bouton articulé.

(D'après Monod et Vanverts. *Traité de technique opératoire.*)

Les anneaux sont alors serrés et les mors s'écartent, fixant et maintenant le cylindre par une pression excentrique. Pour retirer la pince, l'anastomose une fois établie, il suffit de déclancher la crémaillère et d'écarter les anneaux. Les mors se rapprochent et sortent du bouton, sans rien mouvoir ni ébranler.

L'anus étant légèrement dilaté, un aide introduit cette pince et l'enfonce dans l'ampoule, en appliquant fortement en avant le cylindre qui soulève la paroi rectale au point choisi par l'opérateur.

On pratique alors sur le bouton saillant qui fait billot, un orifice étroit, comme nous l'avons dit plus haut. On fend au bistouri ou au thermocautère le péritoine et la graisse sous-péritonéale. On écarte les fibres musculaires qui forment deux couches épaisses superposées à ce niveau.

On aperçoit alors la muqueuse d'un blanc grisâtre. Elle fait hernie dans la plaie, poussée par la pression du cylindre, on l'incise avec précaution de façon que le cylindre soit étroitement enchâssé.

La pièce femelle, est introduite dans l'intestin, directement si l'on veut ajouter à l'anastomose l'exclusion unilatérale. Dans ce cas, on sectionne l'iléon. Le bout cœcal est fermé par deux surjets en bourse superposés. On jette dans le bout supérieur, avant de le fermer de la même façon, la pièce femelle du bouton. A travers les tuniques intestinales, on fait saillir son cylindre, puis on le fait émerger par une incision étroite, au point que l'on a choisi, à deux ou trois centimètres du cul de sac, environ.

Sinon, dans les cas où l'on ne pratique pas d'exclusion, on fait une incision spéciale, suffisante pour introduire la pièce femelle toute entière dans l'intestin. Cette incision est refermée facilement en plusieurs plans. Il ne reste plus qu'à faire cheminer dans l'intestin la pièce femelle, jusqu'au point choisi pour son application, et pratiquer sur le relief de son cylindre la petite incision nécessaire à son passage.

2° *Iléo sigmoidostomie.*

On pratiquera exactement de la même manière. La pièce mâle introduite dans le rectum avec la pince porte-bouton, sera saisie à travers les parois rectales, et l'on pourra la faire cheminer dans l'intestin jusqu'à la hauteur qu'on aura choisie pour pratiquer l'anastomose.

3° *Résection de tumeur ou exclusion.*

Dans ces cas, la technique est encore simplifiée. On n'a pas besoin de faire d'incisions spéciales pour introduire les pièces des boutons dans l'intestin.

On profite des tranches de section, au niveau des résections pour introduire un demi-bouton dans chaque anse. On ferme les deux bouts de l'intestin par deux surjets en bourse superposés, suivant la technique habituelle, et l'on pratique l'anastomose en amenant les deux pièces du bouton au point voulu.

4° *Dans les jeuno Jejunostomies complémentaires de gastro-enterostomie.*

On procédera de même, en profitant de la bouche intestinale pour jeter un demi-bouton dans chaque anse.

B* *Gastro-enterostomie.*

Dans les cas où l'on voudra pratiquer une anastomose au bouton, on fait au bistouri ou au thermo cautère une incision d'environ 25 m. m sur la face antérieure de l'estomac, pour permettre le passage d'un demi-bouton.

On ferme immédiatement cet orifice, puis ce demi-bouton, tombé dans l'estomac est repéré à travers la paroi, puis fixé et maintenu en bonne place par une pince de Kocher, au niveau de la face postérieure.

L'autre demi-bouton est introduit dans le grêle, également par une incision que l'on referme.

Sur les saillies des deux cylindres, on fait l'incision juste suffisante pour faire sortir les tiges parfaitement enchassées, ce qui permet l'accouplement parfait des deux pièces sans avoir besoin de pratiquer aucune suture complémentaire.

La difficulté de l'application du bouton de Jaboulay, pour son introduction par torsion au niveau de l'estomac, où les tuniques sont plus épaisses, a conduit le Dr Pouliquen de Brest, à l'emploi d'un bouton mixte, constitué par un demi-bouton de Villard (pièce femelle) et un demi-bouton de Jaboulay (pièce mâle). Ces deux pièces de boutons différents, s'accouplent parfaitement.

La pièce femelle (1 2 Villard) est introduite dans l'estomac par une incision que l'on referme.

La pièce mâle (1/2 Jaboulay) est introduite dans l'intestin par le procédé habituel de torsion.

Dans son rapport sur la gastro-entérostomie au bouton mixte Jaboulay-Villard, paru dans les Bulletins de la société de chirurgie de Paris le 13 décembre 1922 (Rapport de M. T. de Martel) le Docteur Pouliquen de Brest, déclare que, partisan de la suture pour la gastro-entérostomie, il emploie cependant le bouton dans certains cas de cancer, pour terminer une gastrectomie sur des sujets très fatigués. Même sur des malades « in extremis » qui supporteraient difficilement une plus longue intervention.

Dans ces cas, le bouton de Jaboulay présente des inconvénients, sinon dans la pose du 1/2 bouton dans l'intestin grêle, qui est toujours facile mais pour l'introduction du 1/2 bouton dans l'estomac. Si l'ouverture est trop petite, on risque de fausser le bouton en forçant. Si elle est trop grande, il faut la rétrécir par des points de suture. De plus, quand la paroi stomacale est épaissie, infiltrée, on a de la peine à accrocher toute son épaisseur dans la fente du bouton, et on risque d'amorcer une fausse route entre la muqueuse et la musculuse.

Enfin, dit encore le docteur Pouliquen, « l'engrènement n'est pas toujours facile, et ceci tient au fait suivant : que le demi-bouton pénètre à travers la fente horizontale qui intéresse la moitié de la circonférence et vient faire saillie dans la lumière du bouton, sous forme de diaphragme en demi-lune. C'est l'écrasement, le coincement de ces deux diaphrag-

5° *Gastro-enterostomie.*

Dans les cas où l'on voudra pratiquer une anastomose au bouton, on fait au bistouri ou au thermo cautère une incision d'environ 25 m m sur la face antérieure de l'estomac, pour permettre le passage d'un demi-bouton.

On ferme immédiatement cet orifice, puis ce demi-bouton, tombé dans l'estomac est repéré à travers la paroi, puis fixé et maintenu en bonne place par une pince de Kocher, au niveau de la face postérieure.

L'autre demi-bouton est introduit dans le grêle, également par une incision que l'on referme.

Sur les saillies des deux cylindres, on fait l'incision juste suffisante pour faire sortir les tiges parfaitement enchassées, ce qui permet l'accouplement parfait des deux pièces sans avoir besoin de pratiquer aucune suture complémentaire.

La difficulté de l'application du bouton de Jaboulay, pour son introduction par torsion au niveau de l'estomac, où les tuniques sont plus épaisses, a conduit le Dr Pouliquen de Brest, à l'emploi d'un bouton mixte, constitué par un demi-bouton de Villard (pièce femelle) et un demi-bouton de Jaboulay (pièce mâle). Ces deux pièces de boutons différents, s'accouplent parfaitement.

La pièce femelle (1 2 Villard) est introduite dans l'estomac par une incision que l'on referme.

La pièce mâle (1/2 Jaboulay) est introduite dans l'intestin par le procédé habituel de torsion.

Dans son rapport sur la gastro-entérostomie au bouton mixte Jaboulay-Villard, paru dans les Bulletins de la société de chirurgie de Paris le 13 décembre 1922 (Rapport de M. T. de Martel) le Docteur Pouliquen de Brest, déclare que, partisan de la suture pour la gastro-entérostomie, il emploie cependant le bouton dans certains cas de cancer, pour terminer une gastrectomie sur des sujets très fatigués. Même sur des malades « in extremis » qui supporteraient difficilement une plus longue intervention.

Dans ces cas, le bouton de Jaboulay présente des inconvénients, sinon dans la pose du 1/2 bouton dans l'intestin grêle, qui est toujours facile mais pour l'introduction du 1/2 bouton dans l'estomac. Si l'ouverture est trop petite, on risque de fausser le bouton en forçant. Si elle est trop grande, il faut la rétrécir par des points de suture. De plus, quand la paroi stomacale est épaissie, infiltrée, on a de la peine à accrocher toute son épaisseur dans la fente du bouton, et on risque d'amorcer une fausse route entre la muqueuse et la musculieuse.

Enfin, dit encore le docteur Pouliquen, « l'engrènement n'est pas toujours facile, et ceci tient au fait suivant : que le demi-bouton pénètre à travers la fente horizontale qui intéresse la moitié de la circonférence et vient faire saillie dans la lumière du bouton, sous forme de diaphragme en demi-lune. C'est l'écrasement, le coincement de ces deux diaphrag-

mes (surtout celui de l'estomac) qui gêne au moment de l'engrènement : En effet, on ne rencontre pas cette difficulté avec les boutons de Murphy et de Villard qui sont sans fente.

(Le diaphragme qui se produit dans le grêle peut être évité en exerçant une légère traction sur l'intestin au moment de l'engrènement). »

C'est pour cela que le Dr Pouliquen emploie la pièce femelle du Villard pour l'estomac, tout en conservant la pièce mâle du Jaboulay pour l'intestin. Dans les cas de gastro-enterostomie après pyloréctomie, l'introduction se fait facilement, en enlevant momentanément un clamp, soit par un orifice fait dans la partie à sacrifier.

Dans les cas de gastro-enterostomie simple, le Docteur Pouliquen avait pensé faire avaler le demi-bouton de Villard avant l'opération. Il a réussi une fois le 21 septembre 1922, non par déglutition, mais par œsophagoscopie. Le bouton a été facilement trouvé dans l'estomac, à travers la paroi, amené au bon endroit et après avoir fait sortir son cylindre par une incision au thermocautère, l'anastomose fut faite parfaitement. L'intervention n'a duré que neuf minutes et le malade a guéri sans incidents.

Pour que cette méthode soit pratique, il faudrait réduire les dimensions du 1/2 bouton, afin que le malade puisse lui-même le déglutir sans difficultés. Mais après en avoir fait l'essai, le Docteur Pouliquen y a renoncé.

OBSERVATIONS

1) ENTERORECTOSTOMIES

Observation I (Lardennois).

Obstruction intestinale par néoplasme du colon pelvien. Anus contre nature. Six semaines après, iléorectostomie par le procédé de la pince porte-bouton (Résumé).

N... soixante-cinq ans, entre à l'Hôtel-Dieu de Reims pour un occlusion intestinale aiguë le 13 mars 1902.

Le D^r Lardennois pratique une incision dans la fosse iliaque gauche. Il sent une masse néoplasique et pratique d'urgence un anus contre nature.

Six semaines après, il pratique l'enterorectostomie par le procédé de la pince porte-bouton.

Elimination du bouton le 7^e jour.

Le malade quitte l'hôpital à la fin du mois de mai. Les selles sont fermes et moulées.

Ce malade a succombé sept mois après, à la suite d'une affection des voies respiratoires.

Observation II.

Iléo-rectostomie par le procédé Lardennois pour cancer inopérable. Guérison opératoire. Survie de 15 mois. Desguins, d'Anvers (Résumé).

Malade de 45 ans atteint d'un cancer inopérable.

Iléo rectostomie par le procédé de la pince porte-bouton. Dès le lendemain selles liquides. Expulsion du bouton le 22^e jour.

Le malade guéri, doit prendre une médication opiacée pour éviter la diarrhée, mais son état est satisfaisant.

La survie a été de quinze mois. Mort de cachexie.

Observation III.

Ablation d'un cancer du colon pelvien en plusieurs temps. Iléo rectostomie consécutive. Guérison. Lardinois. (Résumé).

C... Alfred, trente-sept ans, constipé depuis deux ans avec accidents d'obstruction assez intenses.

Première intervention.

4 juillet 1907, pour occlusion. Incision iliaque gauche. On sent une masse dure, que l'on peut extérioriser. Il s'agit d'un cancer en virole du colon pelvien.

Deuxième intervention.

Le troisième jour, ablation de la tumeur au thermocautère. On place, dans le bout supérieur de l'intestin un tube de caoutchouc conduisant les matières hors du pansement.

Le malade guérit, mais ne veut à aucun prix conserver à son âge, un anus contre nature.

Troisième intervention.

Le 9 septembre 1907. On pratique une entéro-rectotomie, seule anastomose possible à quelque distance de l'anus contre nature. On enfonce la pince porte-bouton dans le rectum, après dilatation de l'anus.

Laparatomie médiane. On reconnaît sur le rectum la saillie de la pièce mâle du bouton, visible à travers la paroi tendue.

Il est impossible d'abaisser dans le petit bassin le colon iliaque ou pelvien ; il faut donc pratiquer une iléo-rectostomie. On enfonce la pièce femelle du bouton par une incision intestinale.

On oblitère la lumière intestinale par une série de surjets parallèles à l'axe, pratiquant ainsi une sorte d'exclusion unilatérale de la portion d'intestin sous jacente à l'anastomose.

Le cylindre de la pièce femelle est senti facilement, par une très étroite incision on le fait sortir. Il apparaît bien enserré et enchâssé par une séreuse mince, aplatie et régulière. Pas de plis, pas de saillies de muqueuse comme lorsqu'on se bornait à resserrer l'incision d'entrée sur le bouton, au moyen d'un surjet en cordon de bourse.

On incise de même la paroi rectale sur le relief du cylindre de la pièce mâle. L'adossement et l'articulation des deux pièces du bouton se fait facilement.

Suture de la paroi en un plan au fil d'argent. Suites opératoires sans incidents.

Le bouton est rendu le 8^e jour.

L'examen de la pièce a montré qu'il s'agissait d'un épithélioma.

2. ILEO SIGMOIDISTOMIE

Observation IV.

Iléo sigmoidostomie pour néoplasme de l'S iliaque.
Desguins (Résumé).

Homme de cinquante ans, atteint d'un cancer inopérable de la partie supérieure de l'S iliaque.

Même technique. Mais pour éviter la diarrhée chez ce malade, l'anastomose paraissant possible sur la partie inférieure de l'S iliaque, après avoir introduit la pièce mâle du bouton dans le rectum, Desguins l'a fait glisser petit à petit jusque dans l'S iliaque.

Iléo sigmoidostomie. Suites opératoires sans incidents, et très bon résultat fonctionnel.

Observation V (due à l'obligeance du D^r Pouliquen de Brest).

Cancer du colon descendant. Iléo sigmoidostomie par le procédé de Lardennois.

Mme G..., 62 ans, entrée à l'Hôpital en août 1922 après deux crises d'obstruction intestinale.

Opération : Laparatomie sous-ombilicale sous chloroforme. A l'exploration, un cancer en virole est senti sur le colon descendant et on pratique une iléo sigmoidostomie au bouton mixte.

(Pièce femelle, demi Villard.

Pièce mâle, demi-Jaboulay.)

La pièce femelle, est introduite dans le rectum à l'aide d'une pince, et l'opérateur la fait remonter jusque dans l'S. iliaque.

Près du cœcum, l'intestin grêle est sectionné au thermo, entre deux ligatures au cagut et les deux bouts sont enfouis par une suture en bourse.

Près de l'extrémité libre, un demi Jaboulay est introduit par une petite incision et au thermo on fait sortir la tige du demi Villard.

L'accouplement se fait très facilement et ne nécessite pas de surjet complémentaire. Suites normales. Expulsion du bouton au 20^e jour.

La malade, deux ans après l'intervention est encore en excellente santé.

Observation VI. (D^r Pouliquen, de Brest.)

Cancer du colon ascendant.

Iléo transversostomie par le procédé de Lardennois.

M. P..., 36 ans, fatigué, souffrant de crises de subocclusion, présente une grosse tumeur, perceptible dans la fosse iliaque droite.

Opération le 20 septembre 1923. Aide D^r Barbier.

Incision médiane sous ombicale.

On reconnaît une tumeur du colon ascendant, et on décide de faire une iléo-transversostomie au bouton.

L'intestin grêle est sectionné près du cœcum et les deux bouts sont fermés par suture après avoir jeté un demi-bouton de Murphy dans la lumière de l'intestin.

L'autre demi-bouton est introduit dans le rectum à l'aide d'une pince, l'opérateur le saisit à travers la paroi

et le fait remonter facilement jusque dans le colon transverse.

Au thermo, on fait sortir les tiges par des orifices juste suffisants et l'accouplement des deux pièces se fait parfaitement.

Les suites opératoires sont normales. Le bouton est éliminé le 15^e jour et la guérison est obtenue.

Le malade meurt de cachexie cancéreuse huit mois après l'intervention.

3. RESECTION DE TUMEUR : GASTRECTOMIE

Observation VII. (D^r Pouliquen, de Brest.)

M. S..., 65 ans.

Malade très amaigri et présentant tous les signes d'une sténose pylorique avec rétention. Opération le 10 septembre 1923.

Tumeur pylorique, s'étendant assez loin sur la paroi antérieure. Large résection de l'estomac.

Gastro-enterostomie au bouton mixte.

Le bouton de Villard est introduit dans l'estomac en enlevant un clamp.

Guérison opératoire.

Mort un an après de cachexie,

4. GASTRO-ENTEROSTOMIE

Par introduction préalable d'un demi-bouton dans l'estomac.

Opération analogue à celle de Lardennois pour l'iléo sigmoidostomie.

Observation VIII. (D^r Pouliquen, Brest.)

Mme A..., 72 ans. Très fatiguée atteinte d'un cancer du pylore.

Opération le 17 juillet 1922 avec l'assistance des Docteurs Prouff et Loussot.

Après laparotomie, on fait au thermocautère une incision d'environ 25 m/m à la face antérieure de l'estomac, pour permettre le passage d'un demi-bouton de Villard. Fermeture immédiate de cet orifice.

Le demi-bouton tombé dans l'estomac, est repéré à travers la paroi puis fixé et maintenu en bonne place par une pince de Kocher.

Le demi-bouton de Jaboulay est introduit dans le grêle suivant le procédé habituel.

La pince de Kocher est enlevée et la main gauche de l'opérateur saisissant le bouton, le pousse par derrière et le fait saillir à l'endroit choisi.

Au thermo, on fait alors une ouverture juste suffisante et la tige sort parfaitement enchâssée.

L'accouplement des deux pièces est correcte et aucune suture complémentaire n'est pratiquée.

Guérison opératoire sans incidents.

Mort de cachexie un an après l'intervention.

Observation IX (D^r Pouliquen de Brest).

Rétrécissement du pylore, suite d'ulcère.

Enorme dilatation de l'estomac.

Malade très amaigri et très fatigué.

M. E.,... 50 ans.

Opération le 26 août 1924, avec assistance du D^r Mignard.

Gastro-enterostomie au bouton de Murphy.

On introduit les deux pièces, mâle et femelle, dans l'estomac et l'intestin par des incisions que l'on referme immédiatement et l'on fait émerger les tiges de dedans en dehors par des orifices très petits faits au thermocautère.

L'engrènement est obtenu facilement.

Guérison sans incidents.

Observation X (D^r Pouliquen, Brest).

Grosse tumeur de la région pylorique. Femme très fatiguée, jugée presque inopérable.

Mme T... 50 ans.

Opération le 7 février 1925, à domicile, en raison de l'état de la malade.

Assistance des D^{rs} Daoulas et Martin.

La tumeur développée près du pylore s'étend assez loin sur l'estomac.

L'épiploon est induré, l'estomac à paroi épaissie, oedématisée.

Une gastro-enterostomie à la suture serait très dif-

ficile à effectuer à moins de brancher une incision transversale.

Le bouton de Jaboulay serait très difficilement introduit à cause de la friabilité et de l'épaisseur de la paroi.

Nous nous décidons donc à nous servir du bouton mixte en commençant par jeter le demi-Villard dans l'estomac, par une incision faite au niveau de la partie accessible de la face antérieure. Sans grande difficulté on fait sortir la tige au niveau de la face postérieure par un petit orifice fait au thermocautère, et on fait facilement l'emboîtement avec le demi Jaboulay, introduit comme d'habitude dans le grêle.

La paroi gastrique, très friable, s'étant un peu déchirée, on fait trois points de recouvrement au fil de lin.

Aujourd'hui, huit jours après l'intervention, les suites semblent devoir être normales.

CONCLUSIONS

En pathologie gastro-intestinale, les indications opératoires sont devenues de plus en plus étendues et multiples.

Il s'agit souvent de cancéreux, de malades fragiles, anémiés ou infectés chez lesquels il importe d'aller vite, et d'éviter le moindre choc.

Ou bien, il s'agit d'interventions portant sur la portion terminale de l'intestin, que l'on ne peut extérioriser suffisamment du petit bassin, pour faire une suture dans de bonnes conditions.

Dans ces cas, les boutons trouveront leur indication, et si la plupart des chirurgiens préfèrent la suture, en dehors de l'habitude et de la tradition, c'est que la pose des boutons présente des inconvénients auxquels on peut remédier par une technique différente de celle qu'on emploie habituellement.

— Enchasser un bouton dans le tube digestif de dehors en dedans, par une incision resserrée ensuite au moyen d'un cordon de bourse, expose à des in-

cidents, dus à la trop grande largeur de l'incision nécessaire au passage de la tête du bouton. Glissement du cylindre, hernie de la muqueuse obligeant à un enfouissement supplémentaire.

— Au contraire, en introduisant d'abord les pièces du bouton dans la cavité digestive, soit par les voies naturelles, soit par une incision spéciale qu'il est facile de refermer, et en incisant la paroi intestinale sur la saillie de la cheminée, au bistouri ou au thermo, on peut faire un petit orifice, laissant juste le passage du cylindre qui sortira étroitement serti, sans hernie de la muqueuse.

— Pour l'iléo-colostomie, on pourra introduire la pièce mâle dans le rectum, avec la pince de Lardennois, et ensuite la faire cheminer dans le colon jusqu'au lieu choisi pour l'anastomose.

— Dans les résections, dans les jejuno jejunostomies complémentaires de la gastro-enterostomie, on jettera les deux pièces du bouton dans chacune des deux anses intestinales.

— Dans les gastro-enterostomies, on pratiquera un orifice sur l'estomac et sur l'intestin que l'on fermera immédiatement après l'introduction des pièces du bouton.

— Enfin, noter la technique du D^r Pouliquen, qui emploie un bouton mixte. (1/2 Villard et 1/2 Jaboulay).

Vu : le Doyen,
ROGER.

Vu : le Président de la thèse,
LEJARS.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
P. APPELL.

BIBLIOGRAPHIE

- Chaput et Lenoble.* — Etude sur le calibre normal de l'intestin grêle. Expériences sur la migration du gros bouton de Murphy à travers l'intestin. (*Bull. de la Société Anat. Paris* 1894.)
- Jonesco.* — Un nouveau procédé pour l'application du bouton de Murphy. (*Archives Sc. Médicale de Bucarest*, 1896.)
— *Gazette des Hôpitaux de Paris*. Novembre 1896.
- P. Derocque.* — De l'entérectomie avec rétablissement immédiat de la continuité de l'intestin. (Thèse de doctorat. Paris 1897.)
- Terrier et M. Baudouin.* — La suture intestinale, 1899.
- Lardennois H.* — L'anastomose entéro-rectale par le procédé de la pince porte bouton du Docteur Lardennois. (*Congrès Français de Chirurgie*, 1905.)
— Des indications de l'entérectomie par mon procédé, dans la chirurgie du colon pelvien. (*Congrès de chirurgie* 1913.)
- F. Verrier.* — De l'anastomose entéro-rectale par le procédé de la pince porte-bouton du Docteur Lardennois. (Thèse, Paris 1907.)
- Jaboulay.* — Un nouveau bouton anastomotique. (*Lyon Médical*, 1900.)
- Patel.* — Le bouton anastomotique de Jaboulay en chirurgie de guerre. (*Presse Médicale*, Mai 1917.)
- Pauchet V.* — Pratique chirurgicale illustrée. (*Jejuno-jejunostomie au bouton*, in fascicule V.)
- Lejars.* — Chirurgie d'urgence.

